

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

Este acto es celebrado entre los siguientes:

I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

LA PARTE RECLAMANTE

Está integrada por:

GLORIA AMPARO RIAÑO CHAGUALA identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.723.178, quien actúa en calidad de demandante del proceso del que se hará referencia más adelante.

KATHERINE BRILLIN ROJAS RIAÑO identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.024.493.549, quien actúa en calidad de demandante del proceso del que se hará referencia más adelante.

SULMIRA ESTHER PUELLO BRIEVA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.050.957.828, quien actúa en nombre propio y representación de su hijo menor de edad **CRISTHIAN JESUS ROJAS PUELLO** identificado con R.C.N. 1025329064. Los anteriores en calidad de demandantes del proceso del que se hará referencia más adelante.

Las personas que se han identificado podrán denominarse en este acto, como "Los reclamantes" o "Solicitantes", o por el nombre propio o de manera en que se indique claramente la alusión a aquellos.

APODERADO DE LOS RECLAMANTES O SOLICITANTES:

FABIO ARNULFO RIVEROS MEDINA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 14.217.540, mayor de edad, vecino y residente de Mosquera - Cundinamarca, abogado portador de la tarjeta profesional número 55.485 del Consejo Superior de la Judicatura, a quien "el reclamante", mediante este acto, expresamente le confieren poder especial, amplio y suficiente para que los represente en la celebración del mismo, además para firmar en su nombre, transigir, recibir y para alcanzar los fines de la transacción, de manera que él con sus actos los pueden obligar.

LA PARTE SOLICITADA O RECLAMADA

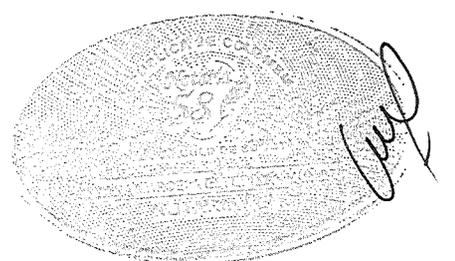
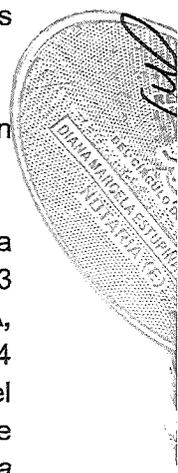
Está conformada por:

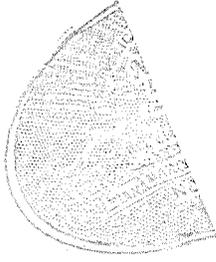
ALEX MAURICIO FORERO ROMERO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.064.576, quien actúa en nombre propio y en calidad de demandado del proceso del que se hará referencia más adelante.

DARIO ROMERO GALLO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.136.079, quien actúa en nombre propio y en calidad de demandado del proceso del que se hará referencia más adelante.

ALLIANZ SEGUROS S.A. con NIT 860.026.182-5, sociedad debidamente constituida, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Cr. 13 A No. 29 - 24 de Bogotá D.C., representada en este acto por **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en razón de su condición de Apoderado General, calidad que se acredita mediante el poder general, la cual para efectos de este acto se podrá denominar como "la Aseguradora" o "Allianz".

ARLA 58
BO DE BOGOTÁ
ESTUPINAN





 *Notaria Del Circulo de Bogota, D.C.*
ESPACIO EN BLANCO

 *Notaria Del Circulo de Bogota, D.C.*
ESPACIO EN BLANCO

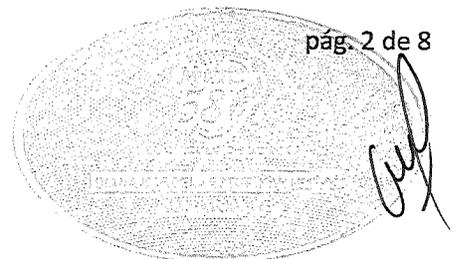
CONTRATO DE TRANSACCIÓN

Los intervinientes se podrán denominar como partes en conjunto, indicando a todos los contratantes o la referencia a una sola de ellas se podrá también hacer como parte.

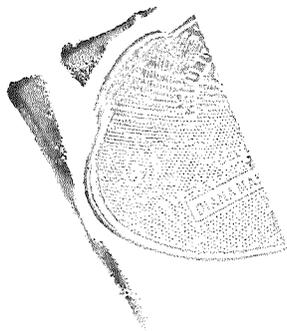
II. ANTECEDENTES

1. El día 29 de diciembre de 2015, en la Av. Carrera 68 frente al número 67 C-60 de la ciudad de Bogotá D.C., se presentó un accidente de tránsito entre el vehículo tipo motocicleta de placas YWA72D conducida por el señor CRISTHIAN EDISSONROJAS RIAÑO (q.e.p.d) identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.895.040 y el vehículo de placas IKX-091 conducido por el señor ALEX MAURICIO FORERO ROMERO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.064.576 y de propiedad del señor DARIO REMERO GALLO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 79.136.079.
2. La Compañía Aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A., expidió la Póliza de Auto Liviano - Livianos Servicio Particular No. 021840874 / 0 con vigencia comprendida entre el 23 de octubre de 2015 y el 31 de octubre de 2016, en la que figura como tomadora y asegurada la señora KELLY JOHANA FUENTES BEDOYA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.017.207.189, mediante la cual se aseguró la responsabilidad civil extracontractual ocasionada con el vehículo de placas IKX-091.
3. Para la fecha del hecho referenciado en numerales anteriores, la Póliza de Auto Liviano - Livianos Servicio Particular No. 021840874 / 0 se encontraba vigente.
4. Así mismo, con ocasión del mencionado accidente de tránsito LOS RECLAMANTES iniciaron un proceso Declarativo de Responsabilidad Civil extracontractual, el cual fue conocido por el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá, bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00. En este proceso se emitió sentencia de primera instancia para el veinticuatro (24) de enero de dos mil veinticuatro (2024) en la que se accedió a las pretensiones de la demanda y se declaró al señor Alex Mauricio Forero Romero y Darío Romero Gallo son civil, extracontractual y solidariamente responsables de los daños ocasionados a los demandantes Gloria Amparo Riaño Chaguala, Katherine Brillin Rojas Riaño, Sulmira Esther Puello Brieva y Cristhian Jesús Rojas Puello a consecuencia del accidente de tránsito acaecido el día 29 de diciembre de 2015, que dio lugar al deceso de Cristian Edisson Rojas Riaño (q.e.p.d.). En el numeral 5 de dicha sentencia se negaron las pretensiones de la acción respecto de "Allianz".
5. La sentencia del veinticuatro (24) de enero de dos mil veinticuatro (2024) proferida en primera fue confirmada en segunda instancia por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala De Decisión Civil, en trámite de apelación de Sentencia bajo radicado 110013103022-2021-00089-002 el 28 de octubre de 2024.
6. Aunque la Compañía Aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A. fue liberada de responsabilidad en virtud de la sentencia proferida dentro del proceso mencionado, procederá a realizar el pago de la condena impuesta a su asegurado, con cargo a la Póliza de Auto Liviano - Livianos Servicio Particular No. 021840874 / 0.
7. Con el propósito de transar dirimir el litigio antes referido y cualquier otro que exista por los mismos hechos, las partes celebran este acuerdo de transacción conforme a lo dispuesto en el título XXXIX del Código Civil.

III. CONSIDERACIONES



NOTA DEL CIRCUITO MARCEL



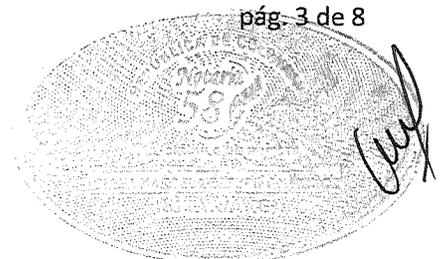
 *Notaria Del Circulo de Bogotá, D.C.*
ESPACIO EN BLANCO

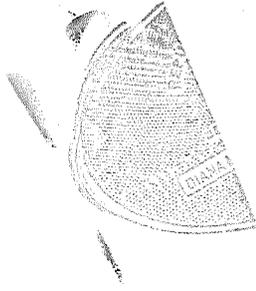
 *Notaria Del Circulo de Bogotá, D.C.*
ESPACIO EN BLANCO

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

Dados los antecedentes expuestos las partes proceden a formular las siguientes consideraciones:

1. Que las partes de manera libre y espontánea, con capacidad legal de disponer y transigir, mediante este acto pueden precaver controversias y disminuir todas y cada una de las diferencias entre ellas, ya sean eventuales, ciertas, conocidas, latentes, pasadas, presentes y futuras, surgidas o que puedan llegar a emerger o suscitarse, originadas con ocasión de los hechos ocurridos el 29 de diciembre de 2015 y por los efectos y/o las consecuencias adversas o perjuicios de cualquier índole y, en especial, los efectos de la sentencia de Primera (24 de enero de 2024) y Segunda Instancia (28 de octubre de 2024) dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00; y que fue conocida en Segunda Instancia por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala De Decisión Civil. Así como abstenerse de promover nuevos litigios por el mismo acontecimiento, de cualquier naturaleza y ante cualquier jurisdicción, para lo cual suscriben el presente contrato, de conformidad con lo preceptuado en los artículos 2469 y siguientes del Código Civil y artículos 312 y siguientes del Código General del Proceso.
2. Que las diferencias materia de transacción, motivadas por la confirmación de la Sentencia de Primera instancia proferida por el Juzgado 22 Civil del Circuito por parte del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala De Decisión Civil mediante Sentencia de Segunda Instancia del veintiocho (28) de octubre de dos mil veinticuatro (2024), corresponden al compromiso de la responsabilidad civil de las personas naturales y jurídicas que conforman la parte solicitada, los perjuicios de LOS RECLAMANTES, los cuales son, sin limitarse a estos, de carácter material e inmaterial, presentes y futuros, causados o latentes o cualquier concepto adicional, cualquiera sea su denominación, derivados directa, indirectamente o hereditarios, para LOS RECLAMANTES.
3. Que "Allianz" quien fue absuelta en el proceso de Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00; y que fue conocida en Segunda Instancia por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala De Decisión Civil manifiesta que este acto no constituye reconocimiento ni aceptación de responsabilidad civil u obligación alguna, en relación con la Póliza de Auto Liviano - Livianos Servicio Particular No. 021840874 / 0 con vigencia comprendida entre el 23 de octubre de 2015 al 31 de octubre de 2016, ni por ninguno de los hechos acaecidos el 29 de diciembre de 2015, descritos en el acápite de antecedentes, o por los efectos de esos sucesos o por los perjuicios que se hubieran podido generar, ya sea para la parte de los reclamantes o para otros o terceros.
4. Que las partes mediante este acuerdo, voluntariamente solucionan las diferencias entre sí y precaven cualquier reclamo judicial, ejecutivo o extrajudicial entre ellas, por ese hecho y por los efectos de la Sentencia de Primera instancia proferida por el Juzgado 22 Civil del Circuito de Bogotá. Y confirmada por parte del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala De Decisión Civil mediante Sentencia de Segunda Instancia del veintiocho (28) de octubre de dos mil veinticuatro (2024), y no dejan pendiente concepto o motivo alguno que pueda fundar posteriores solicitudes o demandas relativas a los hechos ocurridos el 29 de diciembre de 2015, descritos en el acápite de antecedentes, o a sus efectos; y por ende, las partes se pueden obligar incondicionalmente a transigir y a abstenerse a promover reclamos o litigios por el mismo acontecimiento, así como acción ejecutiva por la Sentencia de Primera y Segunda instancia dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-02, así como de cualquier naturaleza y ante cualquier jurisdicción.





Notaría Del Círculo de Bogotá, D.C.

ESPACIO EN BLANCO



Notaría Del Círculo de Bogotá, D.C.

ESPACIO EN BLANCO

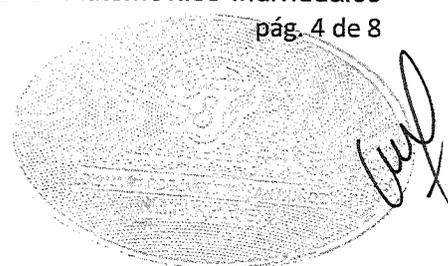
CONTRATO DE TRANSACCIÓN

5. Que los reclamantes declaran que, salvo ellos mismos, no existen otras personas que tengan o puedan alegar derecho alguno a reclamar una indemnización de perjuicios por la ocurrencia de dicho accidente ni el reconocimiento de otros emolumentos que se hayan reconocido dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00.
6. Que las partes reconocen, que la declaración hecha por los reclamantes en el numeral anterior, constituye la causa en virtud de la cual "Allianz" acepta y celebra este acuerdo con aquel.
7. Que, mediante este acto, las partes van a solucionar definitivamente las diferencias indicadas y no se deja pendiente ningún concepto de solución.

IV. ACUERDO TRANSACCIONAL

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO. El presente contrato tiene por finalidad, además de lo expuesto en líneas precedentes y sin limitarse a las expuestas en este acto, dirimir todas las diferencias existentes o que puedan suscitarse entre las partes, precaver el inicio de nuevos litigios, ya sea ejecutivos o declarativos y realizar el pago, conforme al presente acuerdo, de los perjuicios concedidos en Sentencia de sentencia de Primera Instancia (24 de enero de 2024) y Segunda Instancia (28 de octubre de 2024) dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00, ya sean materiales e inmateriales, presentes y futuros, causados o latentes de **LOS RECLAMANTES**, de manera que no se deja ningún concepto pendiente de resarcimiento, por la ocurrencia de los hechos del 29 de diciembre de 2015, descritos en el acápite de antecedentes. De esta forma, mediante el presente documento, las partes transan todas las diferencias aludidas, pero sin limitarse a lo descrito, y las que puedan surgir entre sí, provenientes de los hechos enunciados antes o de sus efectos, incluso los latentes que se revelen en el futuro, o de la responsabilidad civil o legal en general, generada de ello o con ocasión de su producción, poniendo así fin a todas las reclamaciones extrajudiciales o judiciales realizadas o por efectuar, y por ende **LOS RECLAMANTES** desisten y renuncian libremente a todas sus pretensiones o a formular otras adicionales y, renuncian también a cualquier otro derecho o reclamo que pudieren hacer o que estuviere pendiente de llevar a cabo o de consolidarse, como pudiese ser un proceso ejecutivo a continuación de declarativo por lo sucedido dentro del proceso: Proceso declarativo de responsabilidad civil extracontractual que se formuló ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00, debido a sus perjuicios de cualquier naturaleza o denominación, incluso los futuros; precaviendo de ese modo eventuales y futuros litigios, motivados o relacionados directa o indirectamente con los citados hechos y sus secuelas, en cuanto este acuerdo comprende todos los daños y perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, o de cualquier tipo que hubieren sido provocados, y los que se reconocieron en Sentencia de Primera y segunda instancia dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00, confirmada en segunda instancia por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala De Decisión Civil, en trámite de apelación de Sentencia bajo radicado 110013103022-2021-00089-002 el 28 de octubre de 2024.. De manera que no se deja nada pendiente, y por eso se extiende a cualquier efecto o consecuencia que se relacione o asocie directa o indirectamente, aunque sea imprevista, con los hechos referidos en este escrito, por lo cual se incluyen en la suma por la que se transige, el pago o solución de todos los conceptos de divergencia, incluidas las costas y agencias en derecho, y los honorarios de abogados, etc.

SEGUNDA. MONTO DE LA TRANSACCIÓN. No obstante que ALLIANZ SEGUROS S.A. resultó absuelto de cualquier obligación indemnizatoria en relación con la Póliza de Automóviles Individuales





 *Notaria Del Circulo de Bogota, D.C.*
ESPACIO EN BLANCO

 *Notaria Del Circulo de Bogotá, D.C.*
ESPACIO EN BLANCO

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

Livianos Particulares No. 021840874 / 0, con vigencia comprendida entre el 23 de octubre de 2015 y el 23 de octubre de 2016, por cuanto la misma fue absuelta en Sentencia de Primera y Segunda Instancia dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00, las partes con el fin de transigir cualquier diferencia en relación con los efectos de la Sentencia de primera instancia, confirmada en segunda Instancia por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala De Decisión Civil del veintiocho (28) de octubre de dos mil veinticuatro (2024), y por ende, del nacimiento de sus efectos coactivos, han decidido transar esta discusión en la suma única, total y definitiva de **CUATROCIENTOS MILLONES CIENTO VEINTITRÉS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y UN PESOS M.L. (\$400.123.971)**, por concepto de pago de los efectos de la Sentencia de Primera y Segunda Instancia dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00 que comprende la reparación integral de los perjuicios de índole patrimonial y/o extrapatrimonial, causados con ocasión de los hechos acaecidos el 29 de diciembre de 2015, descritos en el acápite de antecedentes, incluidos, pero no limitados a los concedidos en el proceso civil aludido de forma precedente, que será pagada por parte de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

De esta forma se transigen las pretensiones judicialmente expresadas por LOS RECLAMANTES, y las que eventualmente se puedan formular en el futuro, cubriendo todo tipo de detrimento resarcible. Para el efecto, el pago de esa cantidad se hará a favor de LOS RECLAMANTES conforme se detalla en la siguiente cláusula.

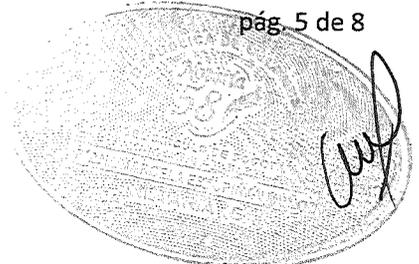
TERCERA. FORMA Y PLAZOS PARA EL PAGO. Las partes acuerdan que la suma total indicada en la cláusula segunda, se pagará de la siguiente manera:

La suma de **TRESCIENTOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y UN PESOS M.L. (\$300.573.971)** que **LOS RECLAMANTES** piden que se le pague, mediante transferencia bancaria a la Cuenta de Ahorros No. 91214437509 del Banco Bancolombia, la cual figura a nombre de **SULMIRA ESTHER PUELLO BRIEVA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.050.957.828. Este pago lo recibe en nombre propio y en representación de su hijo **CRISTHIAN JESUS ROJAS PUELLO**.

La suma de **SESENTA Y SEIS MILLONES VEINTICINCO MIL PESOS M.L. (\$66.025.000)** que **LOS RECLAMANTES** piden que se les pague, mediante transferencia bancaria a la Cuenta de Ahorros No. 0550002400139719 del Banco Davivienda., la cual figura a nombre de **GLORIA AMPARO RIAÑO CHAGUALA** con C.C. 39.723.178.

La suma de **TREINTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS M.L. (\$33.525.000)** que **LOS RECLAMANTES** piden que se les pague, mediante transferencia bancaria a la Cuenta de Ahorros No. 0550488450737702 del Banco Davivienda, la cual figura a nombre de **KATHERINE BRILLIN ROJAS RIAÑO** con C.C. 1024493549.

La suma señalada será pagada por **ALLIANZ SEGUROS S.A.** a más tardar dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes al recibo físico en la dirección Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali y al correo electrónico notificaciones@gha.com.co, de los siguientes documentos: **1.** Dos (2) ejemplares del presente contrato de transacción debidamente firmados y con nota de presentación personal ante notario público por **LOS RECLAMANTES** y su apoderado; **2.** Formato de conocimiento del cliente (SARLAFT) debidamente diligenciado con huella y firma de los señores **SULMIRA ESTHER PUELLO BRIEVA, GLORIA AMPARO RIAÑO CHAGUALA** y la señora **KATHERINE BRILLIN ROJAS RIAÑO**; **3.** Certificación bancaria a la Cuenta de Ahorros No. 91214437509 del Banco Bancolombia, la cual figura a nombre de **SULMIRA ESTHER PUELLO BRIEVA**, identificada con la cédula de ciudadanía





Notaria Del Circulo de Bogotá, D.C.

ESPACIO EN BLANCO



Notaria Del Circulo de Bogotá, D.C.

ESPACIO EN BLANCO

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

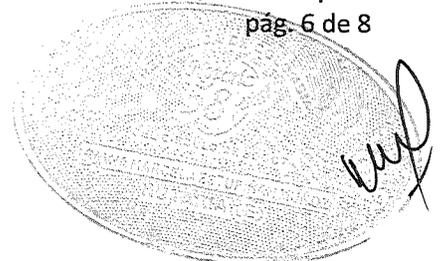
No. 1.050.957.828; 4. Certificación bancaria a la Cuenta de Ahorros No. 0550002400139719 del Banco Davivienda, la cual figura a nombre de **GLORIA AMPARO RIAÑO CHAGUALA** con C.C. 39.723.178; 5. Certificación bancaria a la Cuenta de Ahorros No. 0550488450737702 del Banco Davivienda, la cual figura a nombre de **KATHERINE BRILLIN ROJAS RIAÑO** con C.C. 1024493549; 6. Fotocopia de las cédulas de ciudadanía y documentos de identidad de **LOS RECLAMANTES**, así como la de su apoderado, el abogado **FABIO ARNULFO RIVEROS MEDINA**.

PARÁGRAFO PRIMERO. La recepción completa de los documentos referidos en los numerales 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la presente cláusula, constituye una condición suspensiva para la exigibilidad del pago, por tal razón, hasta que estos no sean allegados debidamente y en su totalidad, no podrá verificarse pago alguno por parte de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

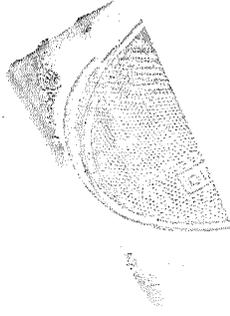
PARÁGRAFO SEGUNDO. LOS RECLAMANTES aceptan que, de todos modos, "Allianz" podrá aportar el presente contrato de transacción, para efectos de solicitar la terminación definitiva de los procesos que hipotéticamente llegaren a presentarse a futuro y que tengan como pretensión principal el cobro de los efectos de la sentencia de Primera (24 de enero de 2024) y Segunda Instancia (28 de octubre de 2024) dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00.

PARÁGRAFO TERCERO. Declaran las partes que la obligación referida en la Cláusula Segunda y el párrafo segundo de la Cláusula Tercera contiene una obligación clara, expresa y exigible, que por tanto presta mérito ejecutivo para los efectos del artículo 422 del Código General del Proceso.

CUARTA. DECLARACIONES. LOS RECLAMANTES declaran y hacen constar: 1. Que, son los únicos que tienen y pueden tener interés en esta transacción, o que pueden tener algún derecho por lo ocurrido y en ese sentido expresamente afirman que, no existe ninguna otra persona legitimada para reclamar o que pueda alegar válidamente estar afectada por los hechos descritos, ni legitimada para demandar y, por tanto, manifiestan su aceptación del acuerdo y del pago que se les hará según este contrato, ya que no queda ningún concepto pendiente de pago. 2. Que con la presente transacción, las partes quedan a paz y salvo de los efectos de la sentencia de Primera (24 de enero de 2024) y Segunda Instancia (28 de octubre de 2024) dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00, esto es, se transa integralmente todos y cada uno de los perjuicios pasados, presentes y futuros, ya sean materiales o inmateriales, o de cualquier otra índole que se derivaron de los hechos descritos en este contrato, incluidos los mencionados en el proceso civil anteriormente identificado, y sin limitarse este, y por ende, con lo convenido se satisfacen completamente. 3. Que se obligan a no reclamar o demandar de la otra parte de este acto, PAGO alguno adicional o posterior a lo aquí transigido. 4. Que declaran a paz y salvo y liberan de todo proceso coactivo o de cobro a la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.** identificada con NIT No. 860.026.182-5, al señor **ALEX MAURICIO FORERO ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.064.576 y al señor **DARIO ROMERO GALLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.136.079, o a cualquier tercero asociado con lo ocurrido, por todo concepto o en relación con los hechos objeto de esta transacción, sobre todo los efectos de la sentencia de Primera (24 de enero de 2024) y Segunda Instancia (28 de octubre de 2024) dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00. 5. Que con el pago estipulado que recibirán quedan resarcidos completamente y se satisfacen todas sus pretensiones civiles y por tal motivo, renuncian o desisten expresa y definitivamente de las acciones judiciales, ejecutivas o extrajudiciales en curso y se abstendrán de iniciar otras en contra de la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.** identificada con NIT No. 860.026.182-5, al señor **ALEX MAURICIO FORERO ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.064.576 y al señor **DARIO ROMERO GALLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.136.079, o de terceros. 6. Que, en cualquier



NO
TABLA
MARCE



Notaria Del Circulo de Bogotà, D.C.

ESPACIO EN BLANCO



Notaria Del Circulo de Bogotà, D.C.

ESPACIO EN BLANCO

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

caso, **LOS RECLAMANTES**, con respecto de los hechos aquí mencionados, se comprometen a salir en defensa de los intereses de la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.** identificada con NIT No. 860.026.182-5, al señor **ALEX MAURICIO FORERO ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.064.576 y al señor **DARIO ROMERO GALLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.136.079, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.017.207.189, coadyuvando lo pactado y efectuar cualquier excepción o defensa, que deba ejercer ante eventuales reclamaciones o demandas que formulen terceros. 7. Que autoriza a la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.** identificada con NIT No. 860.026.182-5 al señor **ALEX MAURICIO FORERO ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.064.576 y al señor **DARIO ROMERO GALLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.136.079, para esgrimir la presente transacción como prueba del acuerdo y de los efectos de cosa juzgada de la misma, así como para oponer del pago del resarcimiento integral de los perjuicios derivados de los hechos que se expusieron en las consideraciones previas, con el fin de terminar cualquier proceso judicial o trámite extrajudicial que se adelante o esté adelantándose en su contra, pues esta transacción es total entre las partes, no dejando entre ellas conceptos pendientes.

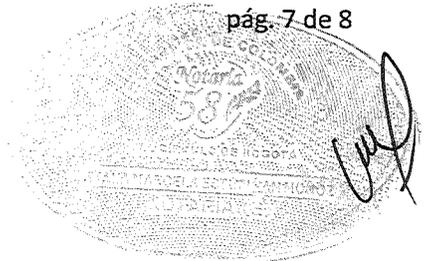
QUINTA. En este estado, **LOS RECLAMANTES** y su apoderado manifiestan que aceptan de forma pura y simple la cantidad transigida, como pago único y definitivo a cargo de **LA ASEGURADORA**, por los daños indemnizables, de forma que así solucionan todas las diferencias en torno a este caso y renuncia o desiste de cualquier reclamo judicial, ejecutivo o extrajudicial adicional, a la luz del contrato de seguro, o de cualquier responsabilidad civil, ya sea extracontractual o contractual, eventualmente imputable a la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.** identificada con NIT No. 860.026.182-5, al señor **ALEX MAURICIO FORERO ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.064.576 y al señor **DARIO ROMERO GALLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.136.079, o a cualquier otro tercero, ya que **LOS RECLAMANTES** hacen extensivo a éstos los efectos liberadores de la transacción y el paz y salvo por el pago de la indemnización integral.

SEXTA. EFECTOS JURÍDICOS. Este contrato de Transacción ha sido celebrado por las partes en forma libre, voluntaria y con la clara intención de acogerse a las consecuencias legales reguladas por el Artículo 2483 del Código Civil Colombiano, que consagra los efectos de la Transacción: *"La transacción produce el efecto de cosa juzgada en última instancia"* y sus disposiciones tienen plena validez y fuerza legal, sea cual fuere la jurisdicción en que sean invocadas, alegadas o defendidas. Este acuerdo termina los litigios pendientes o en curso y precaven cualquier otro que se hubiere o pudiere promover antes o después de este acto, dada la norma del título XXXIX del libro 4 del Código Civil Colombiano.

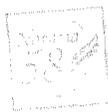
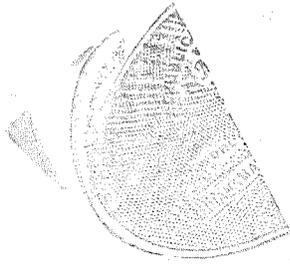
SÉPTIMA. PENALIDAD. En caso de que, una vez firmada la presente transacción, **LOS RECLAMANTES**, por sí mismos o por interpuesta persona, procedan o continúen el trámite de algún tipo de acción judicial en contra de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** identificada con NIT No. 860.026.182-5, o de el señor **ALEX MAURICIO FORERO ROMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.064.576 o el señor **DARIO ROMERO GALLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.136.079, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.017.207.189, deberán pagarle a título de cláusula penal a estos, la suma equivalente al doble del valor por ellos recibida, debidamente indexada. De la misma manera se procederá si **LOS RECLAMANTES** y/o su apoderado judicial, incumplen alguna de las obligaciones a su cargo, conforme el presente contrato de transacción, especialmente la contenida en el parágrafo segundo de la Cláusula Tercera.

OCTAVA. LOS RECLAMANTES, bajo la gravedad de juramento, manifiestan expresamente que, son los únicos con derecho a ser resarcido o personas que podrían reclamar los efectos de la sentencia de Primera (24 de enero de 2024) y Segunda Instancia (28 de octubre de 2024) dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual formulado ante el Juzgado Veintidós (22) Civil del Circuito de Bogotá D.C., bajo el número de radicación 110013103022-2021-00089-00, derivada para ellos, a raíz del hecho descrito en cláusulas anteriores, y afirman saber que no existen otras personas que puedan

pág. 7 de 8



ESTADO DE BOGOTÁ
NOTARÍA PÚBLICA



Notaria Del Circulo de Bogotá, D.C.

ESPACIO EN BLANCO



Notaria Del Circulo de Bogotá, D.C.

ESPACIO EN BLANCO

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

alegar derecho alguno o que tengan derecho a reclamar una indemnización por los hechos ocurridos el 29 de diciembre de 2015, descrito en el acápite de antecedentes, con ocasión del acuerdo del resarcimiento aquí reconocido; declaración ésta en virtud de la cual **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, acepta y celebra este contrato. En virtud de ello, **LOS RECLAMANTES** se comprometen a responder con su propio peculio, ante la eventual aparición de personas que aleguen y puedan acreditar tener algún derecho que se derive de los hechos descritos en el acápite de antecedentes de este contrato, de manera que **LOS RECLAMANTES** garantizan que ellos serán quien indemnicen a esas personas que eventualmente se presenten.

NOVENA. Presente en este contrato, el abogado **FABIO ARNULFO RIVEROS MEDINA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 14.217.540 mayor de edad, vecino y residente de Mosquera Cundinamarca, abogado portador de la tarjeta profesional número 55.485 del Consejo Superior de la Judicatura, quien actúa en calidad de apoderado de **LOS RECLAMANTES**, expresamente manifiesta que se encuentra conforme con los términos de la presente transacción y que ha explicado sus efectos a sus mandantes.

Para constancia se suscribe este contrato en dos (2) ejemplares originales del mismo tenor literal, el día tres (03) de febrero dos mil veinticinco (2025).

LOS RECLAMANTES

Gloria Amparo Riaño Ch
GLORIA AMPARO RIAÑO CHAGUALA
C.C. No. 39.723.178
DEMANDANTE

Katherine Rojas Riaño
KATHERINE BRILLIN ROJAS RIAÑO
C.C. No. 1.024.493.549
DEMANDANTE

Sulmira Esther Puello
SULMIRA ESTHER PUELLO BRIEVA
C.C. No. 1.050.957.828
En nombre propio y en representación del menor
CRISTHIAN JESUS ROJAS PUELLO
R.C.N. 1025329064
DEMANDANTES

Sulmira
Sulmira

[Firma]
Dr. FABIO ARNULFO RIVEROS MEDINA
C.C. No. 14.217.540
T.P. No. 55.485 del C.S. de la J.
APODERADO DE LOS DEMANDANTES

LA PARTE SOLICITADA O RECLAMADA:

[Firma]
pág. 8 de 8



Notaria
58

Notaria

ESPACIO EN BLANCO

Notaria
58

Notaria De. Carlos de Soyuz. D.C.

ESPACIO EN BLANCO

CONTRATO DE TRANSACCIÓN

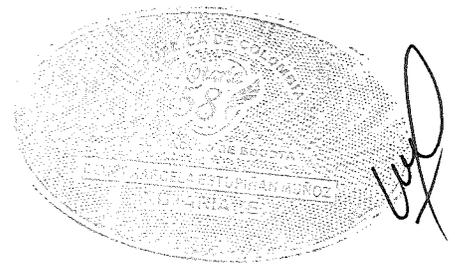
ALEX MAURICIO FORERO ROMERO
C.C. No. 1.016.064.576
DEMANDADO



DARIO ROMERO GALLO
C.C. No. 79.136.079
DEMANDADO

Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114
T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.
APODERADO DE ALLIANZ SEGUROS S.A.

LA 58NO!
E ROGO DEL DR
UPIN MARCEI





Notaría Del Circulo de Bogotá, D.C.

ESPACIO EN BLANCO



Notaría Del Circulo de Bogotá, D.C.

ESPACIO EN BLANCO



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 74708

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el primero (1) de marzo de dos mil veinticinco (2025), en la Notaría cincuenta y ocho (58) del Círculo de Bogotá D.C., compareció: FABIO ARNULFO RIVEROS MEDINA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0014217540 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Firma autógrafo



14b64c7f15

01/03/2025 11:12:14

74708-1

----- Firma autógrafo -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

GLORIA AMPARO RIAÑO CHAGUALA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0039723178 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Gloria Amparo Riaño



846f5eab0f

01/03/2025 11:12:14

74708-2

----- Firma autógrafo -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

SULMIRA ESTHER PUELLO BRIEVA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1050957828 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Sulmira Puello



1a1bcb5ae0

01/03/2025 11:12:14

74708-3

----- Firma autógrafo -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

KATHERINE BRILLIN ROJAS RIAÑO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1024493549 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.





Katherine Rojas Roca

68ddee3d8e

----- Firma autógrafa -----

01/03/2025 11:12:14

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



[Handwritten signature]



DIANA MARCELA ESTUPIÑAN MUÑOZ

Notaria (58) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargada

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 14b64c7f15, 01/03/2025 11:13:34

65



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39723178**

RIAÑO CHAGUALA
APELLIDOS

GLORIA AMPARO
NOMBRES

Gloria A. Riaño Ch

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1967**
ORTEGA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-ENE-1987 USME

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500121-42101161-F-0039723178-20020306

04829 020680 01 113597142

DAVIVIENDA CERTIFICA

Que GLORIA AMPARO RIANO con Cédula de Ciudadanía número 39723178 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS DAMAS	0550002400139719	\$0,00	---	\$0,00	\$0,00	\$0,00

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado

La presente certificación se expide el 2025/02/13 en la ciudad BOGOTA





DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

12/02/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **KATHERINE BRILLIN ROJAS RIANO** con **Cédula de Ciudadanía número 1024493549**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488450737702**
Fecha de apertura **12/02/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Bogotá Fecha: 1 03 2025

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado Familiar Comercial Laboral Otra Cuál:
 Tomador - Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otra Cuál:
 Asegurado - Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otra Cuál:

Persona Natural

Primer apellido Rojas Segundo Apellido Riño Nombres Completos Katherine Brillin

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula T.I.O NUIPO Personas Extranjeras C. Extranjería Pasaporte Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:

No 1024493549 Fecha de expedición 09/08/2007 Lugar de expedición Bogotá No Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses. No

Fecha de nacimiento 02/08/1989 Lugar de nacimiento Ortega-Tolima Nacionalidad Colombiana Dirección de Residencia Kra 54 #37A - 18 Sur
 Ciudad Bogotá Teléfono 3212584660 E-mail K.katherinerojas@hotmail.com Celular 3212584660

Oficio o profesión Técnica en Archivo Actividad: Independiente Dependiente

Empresa donde trabaja Servicios Postales Nacionales S.A. Cargo Técnica en Archivo Teléfono 4722005

Dirección comercial Diagonal 256 #95A55 Ciudad Bogotá

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI NO
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI NO

Actividad económica Empleada Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos) 1900000 Egresos mensuales (Pesos) 1700.000

Activos (Pesos) 0 Pasivos (Pesos) 0

Patrimonio (Pesos) 0 Otros Ingresos (Pesos) 0

Concepto otros ingresos 0

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido Riveros Segundo Apellido Medina Nombres Completos Fabio Arnulfo
 Tipo de documento CC N° 1A217540 Fecha de expedición 28/08/1975 Lugar de expedición Chaque

Persona Jurídica

Nombre o razón social Nit.

Oficina principal: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Sucursal o agencia: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Tipo de empresa Sector de la economía Cuál Fecha de Constitución

Actividad económica Código CIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Tipo de documento N° Fecha de expedición Lugar de expedición

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Nacionalidad

Dirección Ciudad Teléfono

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 - Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5 DE COLOMBIA VIGILADO

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que Cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos) Egresos mensuales (Pesos)

Activos (Pesos) Pasivos (Pesos)

Patrimonio (Pesos) Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Si No Cuál Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros
Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficina, actividad, negocio, etc.): Tecnico en Mecanico (Salario); 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones FASECOLDA-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociables.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Katherine Rojas R.
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:
Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:		



Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI NO
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI NO
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI NO
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

Tomador

Nombre o razón social: **Katherine Bullin Rojas Riano** NIT. /C.C. **1024498549**
 Oficina principal: Dirección: **Kid 54 # 37A 1854** Ciudad: **Bogotá** Teléfono: **3212584660**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____
 Tipo de documento: _____ N°: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): **51** Número de Cuenta (validar según relación): **0550488450737702** Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.
PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: **Tarjeta Allianz:**
 Cheque Efectivo *Diligencia univale y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)*

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLD, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 594 1133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Katherine Rojas R.
 Nombre: **Katherine B Rojas Riano**
 C.C. No. **1024493549**

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	091	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	092	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	086	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Cibank	099	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	042	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpetría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Guavienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Vitas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Páez	069	9 dígitos	9 dígitos
Caromeva	091	12 dígitos	12 dígitos
Fatabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandisa S.A.	093	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5

VERSIÓN 310124-1

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

Tomador

Nombre, o razón social: Glenda Amparo Riano Chaquala NIT. /C.C. 39723198

Oficina principal: Dirección: K12 51 # 37. AA. SUR Ciudad: Bogotá Teléfono: 3143628952

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____

Tipo de documento: _____ N°: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): 51 Número de Cuenta (validar según relación): 0550002400139719 Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
 PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:

Cheque Efectivo Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (cuentas máximas 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
 SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
 SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, FASECOLDIA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.
 Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Glenda Amparo Riano ch.
Glenda Amparo Riano ch.
 Nombre:
 C.C. No. 39723198

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Dawvianfa	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Cébsant	008	10 dígitos	10 dígitos	Fafabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco GHB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Banco Ganadero BSVIA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos				
Scotiabank Colombia	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos				
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos				
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos				

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos) _____ Egresos mensuales (Pesos) _____
 Activos (Pesos) _____ Pasivos (Pesos) _____
 Patrimonio (Pesos) _____ Otros Ingresos (Pesos) _____
 Concepto otros ingresos _____

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Sí No Cuál _____ Indique otras operaciones _____
 ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?
 Tipo de producto _____ Identificación o número del producto _____ Entidad _____ Monto _____ Ciudad _____ País _____ Moneda _____

Información sobre reclamaciones en seguros
 Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGIN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____ de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) pensionada; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello; 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para la cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Sí No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Sí No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Sí No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

- 4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.
- 5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.
- 6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.


 Gloria Amparo Riaño Ch.
 Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:
Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:		

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI NO
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI NO
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI NO
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

Tomador

Nombre o razón social: Sulmira Esther Puella Brieva NIT / C.C. 1050957828
 Oficina principal: Dirección: K10 54 # 37 - A4 Ciudad: Bogotá Teléfono: 3143628952

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: *(Solo diligenciar las personas jurídicas)*

Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____
 Tipo de documento: _____ N°: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
 Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) 007 Número de Cuenta (validar según relación) 91214437509 Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitrés (23) oficinas de la red nacional.
PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz: _____
 Cheque Efectivo *Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)*

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: Sulmira Esther Puella Brieva
 C.C. No. 1050957828

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Cébsbank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudamericano	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	8, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Devivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Vitas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finavida S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.182-5

VERSIÓN 310124-1

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Bogotá Fecha: 1 03 2025

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador -Asegurado Familiar Comercial Laboral Otra Cuál:
 Tomador -Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otra Cuál:
 Asegurado - Beneficiario Familiar Comercial Laboral Otra Cuál:

Persona Natural

Primer apellido Puello Segundo Apellido Brieva Nombres Completos Sulmira Esther

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula T.I. NUIP Personas Extranjeras C. Extranjería Pasaporte Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:

No 1050957828 Fecha de expedición 17/08/2010 Lugar de expedición Turba CO No Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses. No

Fecha de nacimiento 12/07/1983 Lugar de nacimiento Turba CO Nacionalidad Colombiana Dirección de Residencia Km 54 #37-47

Ciudad Bogotá Teléfono E-mail Sulmirapuello@gmail.com Celular 3124036438

Oficio o profesión Ciudadana Actividad: Independiente Dependiente Empresa donde trabaja Casa de Familia Cargo Ciudadana (Mujer) Teléfono 3005327005

Dirección comercial Cl 144 A No 15 B 39 AP 20A Ciudad Bogotá

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI NO
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI NO
 Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI NO

Actividad económica Empleado Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos) 700.000 Egresos mensuales(Pesos) 700.000

Activos (Pesos) 0 Pasivos (Pesos) 0

Patrimonio (Pesos) 0 Otros Ingresos (Pesos) 0

Concepto otros ingresos 0

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido Riveros Segundo Apellido Fredina Nombres Completos Fabio Arturo
 Tipo de documento CC N° 14217540 Fecha de expedición 28/02/1975 Lugar de expedición Ibagué

Persona Jurídica

Nombre o razón social Nit.

Oficina principal: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Sucursal o agencia: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Tipo de empresa Sector de la economía Cuál Fecha de Constitución

Actividad económica Código CIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Tipo de documento N° Fecha de expedición Lugar de expedición

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Nacionalidad

Dirección Ciudad Teléfono

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. - NIT: 860.027.404-1 - Allianz Seguros S.A. - NIT: 860.026.182-5 DE COLOMBIA VIGILADO

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que Cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)										
Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación			Número	% de participación					
	C.C.	<input type="radio"/>	T.I.	<input type="radio"/>	C.E.	<input type="radio"/>	NIT	<input type="radio"/>	OTRO	<input type="radio"/>
	C.C.	<input type="radio"/>	T.I.	<input type="radio"/>	C.E.	<input type="radio"/>	NIT	<input type="radio"/>	OTRO	<input type="radio"/>
	C.C.	<input type="radio"/>	T.I.	<input type="radio"/>	C.E.	<input type="radio"/>	NIT	<input type="radio"/>	OTRO	<input type="radio"/>
	C.C.	<input type="radio"/>	T.I.	<input type="radio"/>	C.E.	<input type="radio"/>	NIT	<input type="radio"/>	OTRO	<input type="radio"/>
	C.C.	<input type="radio"/>	T.I.	<input type="radio"/>	C.E.	<input type="radio"/>	NIT	<input type="radio"/>	OTRO	<input type="radio"/>

Ingresos Mensuales (Pesos) _____ Egresos mensuales (Pesos) _____

Activos (Pesos) _____ Pasivos (Pesos) _____

Patrimonio (Pesos) _____ Otros Ingresos (Pesos) _____

Concepto otros ingresos _____

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera SI No ¿Cuál? _____ Indique otras operaciones _____

Productos financieros en el exterior
 ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros
 Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) Cuadecora (Salario); 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLD, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasescolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI No

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre alertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI No

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Sulmiza Puella
 Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:
Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

IDENTIFICACION 1.025.329.064

ROJAS PUELLO

APPELLIDO

CRISTHIAN JESUS

NOMBRE

cristhian rojas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-FEB-2016

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-FEB-2034

FECHA DE VENCIMIENTO

B+

G S RH

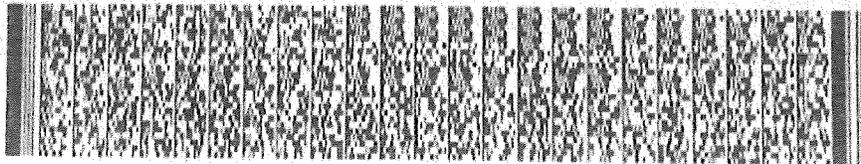
M

SEXO

07-MAR-2023 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01346591-M-1025329064-20230314

0101504115A 1

8507582436

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.217.540

RIVEROS MEDINA

APELLIDOS

FABIO ARNULFO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1954

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S RH

M

SEXO

28-AGO-1975 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00160498-M-0014217540-20090628

0012880453A 2

1420016042

REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

140950 RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

55485
Tarjeta No.

91/04/11
Fecha de
Expedición

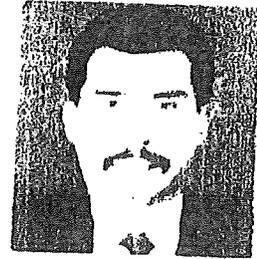
90/06/29
Fecha de
Grado

FABID ARNULFO
RIVEROS MEDINA

1421754D
Cedula

CUNDINAMARCA
Consejo Seccional

AUTONOMA DE COLOMBIA
Universidad



Fabid Arnulfo Riveros Medina
Presidente Consejo Superior
de la Judicatura

Fabid Arnulfo Riveros Medina

